

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

N° 115

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME d'ÉTAT)

PAR

Michel, Louis FLAMAIN

Né le 4 Janvier 1930 à CHALONS-sur-MARNE (Marne)

présentée et soutenue publiquement le

LE CANCER DES LÈVRES

*(Traitement de la lésion labiale
à l'exclusion des adénopathies)*

à L'INSTITUT GUSTAVE ROUSSY

de 1943 à 1951

(Étude de 225 cas)

Président : Monsieur DELARUE (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS - VI^e

1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Michel, Louis FLAMAIN

né le 4 janvier 1930 à Châlons-sur-Marne
(Marne)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le



-:-

LE CANCER DES LEVRES

(Traitement de la lésion labiale
à l'exclusion des adénopathies)

à

L'INSTITUT GUSTAVE ROUSSY

de 1943 à 1951

(Etude de 225 cas)

-:-

Président : Monsieur DELARUE (Professeur)

-:-

D.P. TAIB

8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1958.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROcq, CADENAT, CHABROL, CHAMPY, CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD, HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL, TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. et aux Sports	} CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale	BERNARD J.
Carcinologie	REDON
Chimie Méd.	JAYLE
Clinique Chir.	{ Hôtel-Dieu MENEGAUX
	{ Salpêtrière MOULONGUET
	{ Cochin QUENU
	{ Beaujon SICARD
Clinique Chir. cardio-vasculaire	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et orthop.	} MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et d'orthop.	} FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MATHEY
Clinique de la Tuberculose	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puéricult.	LELONG
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	} DEGOS
Clinique des mal. du sang	MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET

Clinique des Maladies mentales et de l'encéphale	DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO
Cliniques Médicales	BARIETY
	JUSTIN-BESANÇON
	MOREAU
	de GENNES
Clinique Méd.hydro-climat.thérap.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR-VALLERY
	RADOT
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL
	VARANGOT
	LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist.nat.Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapéut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N...
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)	HAMBURGER
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.

Anatomie { CABROL
DEBEYRE
DELMAS
OLIVIER G.
Melle GAU-
THIER V.
BUSSER
GOUYGOU
Bactério- } { CHRISTOL
logie } { NEVOT
Biol. Méd. BOURLIERE
Chimie méd. { ETTORI
POLONOVSKI J.
Dermato-syph. DUPERRAT
Embryologie TUCHMANN
Histologie { COUJARD
N.
Hydrologie CORNET
Hygiène { BOYER
DEPARIS
Mal.infect. BASTIN
Médecine } { DEROBERT
légale et } { GAULTIER
du Trav. } { HADENGUE
Neurochir. DAVID
Neurologie LHERMITTE
{ GRASSET
LE LORIER
Obstétrique LEPAGE
MERGER
MORIN
RAVINA
ROBEY
Ophtal- } { BREGEAT
mologie } { DESVIGNES
Orthopédie JUDET
Oto-rhino- } { AUBRY
laryngol. } { MADURO
Parasito. BRUMPT
Parasito.col. CHABAUD
{ ABOULKER
Pat. chir. { BARCAT
BAUMANN
CAUCHOIX

MM.

DUBOST
FAUREL
FLABEAU
GERMAIN
GOSSET
LAURENCE
LORTAT-JACOB
OLIVIER (Cl.)
POILLIEUX
THOMERET
VERNE (J.M.)
Pat. chir. {
Pat.expéri- { MAURICE
ment. { LOEPER
BOUVIER
BOUDIN
BRICAIRE
BRISSAUD
CASTAIGNE
CONTE
DEROT
DOMART
Path.Med. { LAMOTTE
LAROCHE
MACREZ
MILLIEZ
PEQUIGNOT
PERRAULT
RAMBERT
ROYER
THIEFFRY
TURIAF
WOLFROMM
{ POLONOVSKI Cl.
Pédiatrie { MOZZICONACCI
JOSEPH
Pharmacol. { Melle LEVY
BARGETON
Physiol. { DEJOURS
PARROT
Physique } { DJOURNO
Médicale } { GOUGEROT
Pneumo-phtis. KREIS
Psychiatrie { BARUK
PICHOT

MM.

Psych.infant. N...
 Rhumatologie DELBARRE
 Stomato. { CHAPUT Mme
 CERNEA

MM.

Urologie KUSS
 Thérapeut. CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
 ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
 pour le Service des Examens

M. LE LORIER.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
 AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
 A TITRE PERMANENT

MM.

{ AMELINE
 { HUGUIER
 Clin.Chir. { LEGER
 PADOVANI
 ROUX
 Clinique) { ECALLE
 obstét.) { MAYER
 Clin.opht. OFFRET

MM.

Urologie N...
 { DREYFUS
 Clinique Méd. { HAGUENAU
 KOURILSKY

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
 Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

o

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
 Conservateur Melle GOICHON
 { Melles DUMAITRE
 Bibliothécaires { LE NOIR
 LAURENT
 QUIEVREUX

o

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
 dissertations qui lui seront présentées, doivent
 être considérées comme propres à leurs auteurs
 et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
 ni improbation.

A la Mémoire de mon Père
mort pour la France

A ma Mère

A qui je dois tout.

Que cette thèse soit un hommage
à sa persévérance, à sa clair-
voyance et le témoignage de ma
plus grande tendresse.

A mon Beau-Père

Qui a fait preuve envers moi
d'une grande bonté et d'une
grande compréhension dont je
ne lui serai jamais assez
reconnaissant.

A mes Beaux-Parents

Avec tous mes plus affectueux
sentiments.

A ma Femme

Avec tout mon amour.

A mon Frère Jean-Marie

A ma Famille

A tous mes Amis



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur J. DELARUE

Professeur d'Anatomie pathologique à
la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur le Docteur KRITTER

Radiologiste des Hôpitaux de Paris
Chef de Service de Curiethérapie

Qui a bien voulu me confier
le sujet et la réalisation
de ce travail.

A Monsieur le Docteur DENOIX

Directeur de l'Institut Gustave-Roussy

En remerciement de ses conseils
et de son aide précieuse.

A Monsieur le Docteur LEBOUCHARD

Radiologiste des Hôpitaux de Paris
Chef de Service à l'Hospice des Enfants-
Assistés

Avec ma plus vive gratitude
pour l'intérêt qu'il n'a
cessé de me porter.

A Monsieur le Docteur Pierre MATHIEU

Qui m'a enseigné l'Electrologie,
avec toute ma reconnaissance

A Monsieur le Docteur Jean LELOUP

Médecin-Chef des Hôpitaux Unis de
Châlons-sur-Marne

En reconnaissance de l'enseignement qu'il m'a donné.

A Messieurs les Docteurs PRIOLLET et
JANVIER

Chirurgiens des Hôpitaux Unis de
Châlons-sur-Marne

Témoignage de respectueuse
gratitude.

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine et
des Hôpitaux de Paris

Hommage respectueux

A mon Jury de Thèse

LE CANCER DES LEVRES

(Traitement de la lésion labiale
à l'exclusion des adénopathies)

à

L' INSTITUT GUSTAVE ROUSSY

de 1943 à 1951

(Etude de 225 cas)

-:-:-:-:-

INTRODUCTION

-:-

Il nous a paru intéressant de faire une mise au point sur le traitement des cancers de la lèvre supérieure et inférieure chez des malades hospitalisés à l'Institut Gustave Roussy entre les années 1943 et 1951.

En effet, malgré les nombreuses publications faites au cours de ces dernières années montrant la grande place qu'occupent les radiations dans le traitement de telles tumeurs, il semble exister encore une tendance chirurgicale très forte qui va de l'exérèse chirurgicale plus ou moins étendue à la destruction par électrocoagulation.

Devant la fréquence des récidives survenant chez des malades traités par de telles méthodes, nous avons cru devoir publier les résultats obtenus par Radiumpuncture et Contact-thérapie.

Nous insisterons sur l'importance du point de départ de la lésion au point de vue pronostique en distinguant deux grandes variétés de tumeurs suivant leurs origines : les épithéliomas purement cutanés et les épithéliomas d'origine muqueuse ou cutanéomuqueuse.

Notre étude statistique portera sur 225 cas, la plupart traités par curiepuncture interstitielle et quelques rares cas par radiothérapie de contact.

-:-

Notre plan d'étude sera :

I.- Généralités

- 1° Causes favorisantes
- 2° Influence de l'âge
- 3° Fréquence par rapport au sexe
- 4° Fréquence d'un deuxième cancer.

II - Etude de la Lésion Labiale.

A/- Malades neufs.

- 1° Classification des lésions selon leur étendue
- 2° Classification des lésions selon leur étendue et selon leur localisation sur la lèvre inférieure ou supérieure.
- 3° Classification des lésions suivant leur étendue et suivant le sexe.
- 4° Etude du point de départ de la lésion labiale.
- 5° Etude macroscopique de la lésion.
- 6° Etude de l'extension
- 7° Histologie de la lésion labiale.
- 8° Localisation et Histologie.
- 9° Histologie et Sexe.
- 10° Traitement de la lésion labiale.
 - a) Curiepuncture.
 - b) Contact-thérapie.
- 11° Résultats globaux du traitement sur la lésion labiale.
- 12° Complications.
- 13° Etude des résultats selon différents facteurs.
 - a) D'après le mode de traitement
 - b) D'après la localisation
 - c) D'après l'étendue de la lésion
 - d) D'après le sexe

e) Etude et traitement des
récidives locales.

B/- Cancers de la lèvre purement cutanés.

C/- Malades de seconde main.

-:-

GENERALITES

-:-

I ETIOLOGIE

a) Le tabac :

Les travaux faits jusqu'à présent permettent d'admettre une corrélation entre l'usage du tabac et le cancer des lèvres, mais non pas d'affirmer encore une relation, bien que beaucoup d'éléments soient en faveur de cette interprétation. 60 % de nos malades fumaient plus de 10 cigarettes par jour.

Mais c'est surtout l'irritation chronique qui semble favoriser l'éclosion du cancer. Il faut noter que chez 21 malades on a retrouvé une lésion par brûlure de cigarette dans les mois précédents.

b) La Leucoplasie :

La plaque de leucoplasie, classiquement considérée comme une lésion précancéreuse, était présente dans 12 de nos cas.

c) Etat de la dentition :

On a beaucoup insisté sur l'irritation secondaire à une mauvaise dentition ou à des prothèses dentaires (travaux d'Hoboeck).

12 de nos cas présentaient une très mauvaise dentition.

d) 6 de nos malades présentaient une réaction de Bordet-Wassermann très positive.

e) Plusieurs autres causes ont été retenues

sans que l'on puisse pour cela juger de leur importance.

- Dix traumatismes.

Aubry et Leroux-Robert ont déjà signalé en 1945 3 cas de cancer de lèvre, immédiatement post-traumatique.

- 2 Epithéliomas sur chéliste.
- 2 Epithéliomas sur naevus.
- 2 Epithéliomas sur bec de lièvre.
- 1 Epithélioma développé sur lichen plan.

Watrin (J) et Vigneul (J) ont signalé une telle coïncidence dans la Revue Médicale de Nancy en 1950.

Malgré cette longue énumération, comme pour toute la cancérologie, nous ne trouvons aucune cause, tout au plus des facteurs favorisants.

II INFLUENCE DE L'AGE

L'Epithélioma des lèvres survient en général dans la deuxième période de la vie.

Parmi les cas recueillis à l'Institut Gustave Roussy, le plus grand nombre se situait entre 50 et 70 ans.

Ainsi, sur nos 225 cas, 170 se rencontrent à cette période, soit 75 % des cas.

Nous avons cependant observé 2 cas, chez des sujets jeunes de moins de 30 ans.

(voir tableau N° I)

III INFLUENCE DU SEXE

Comme l'ont montré toutes les statistiques mondiales à ce sujet, le cancer des lèvres atteint surtout les personnes de sexe masculin.

Nous avons relevé sur 225 observations :

206 hommes, soit 92 % des cas

19 femmes, soit 8 % des cas.

Il faut remarquer que l'épithélioma de la lèvre supérieure est assez fréquent dans le sexe féminin.

Ainsi sur le tableau n° 2, on peut voir que le cancer de la lèvre supérieure est environ 4 fois plus fréquent chez la femme que le cancer de la lèvre inférieure.

IV FREQUENCE D'UN DEUXIEME CANCER

16 fois, un deuxième cancer est apparu,
soit dans 7 % des cas.

Ceci dans un délai de quelques mois à 10 ans à compter de la première visite.

- 5 cancers cutanés sont survenus au cours de la première année parmi lesquels un épithélioma de la région temporale, un de l'oreille, un de la paupière supérieure, un du dos de la main, et un de la lèvre supérieure face cutanée chez un malade ayant présenté un cancer de la lèvre inférieure.

- 6 cancers digestifs ont été observés de la deuxième à la dixième année, à savoir :

2 cancers de la langue

2 cancers de l'estomac

1 cancer de l'oesophage

1 cancer du côlon.

La survenue d'un cancer digestif chez les sujets anciennement traités pour un épithélioma de la cavité buccale a déjà été signalée par plusieurs auteurs.

Nombre de cas



80

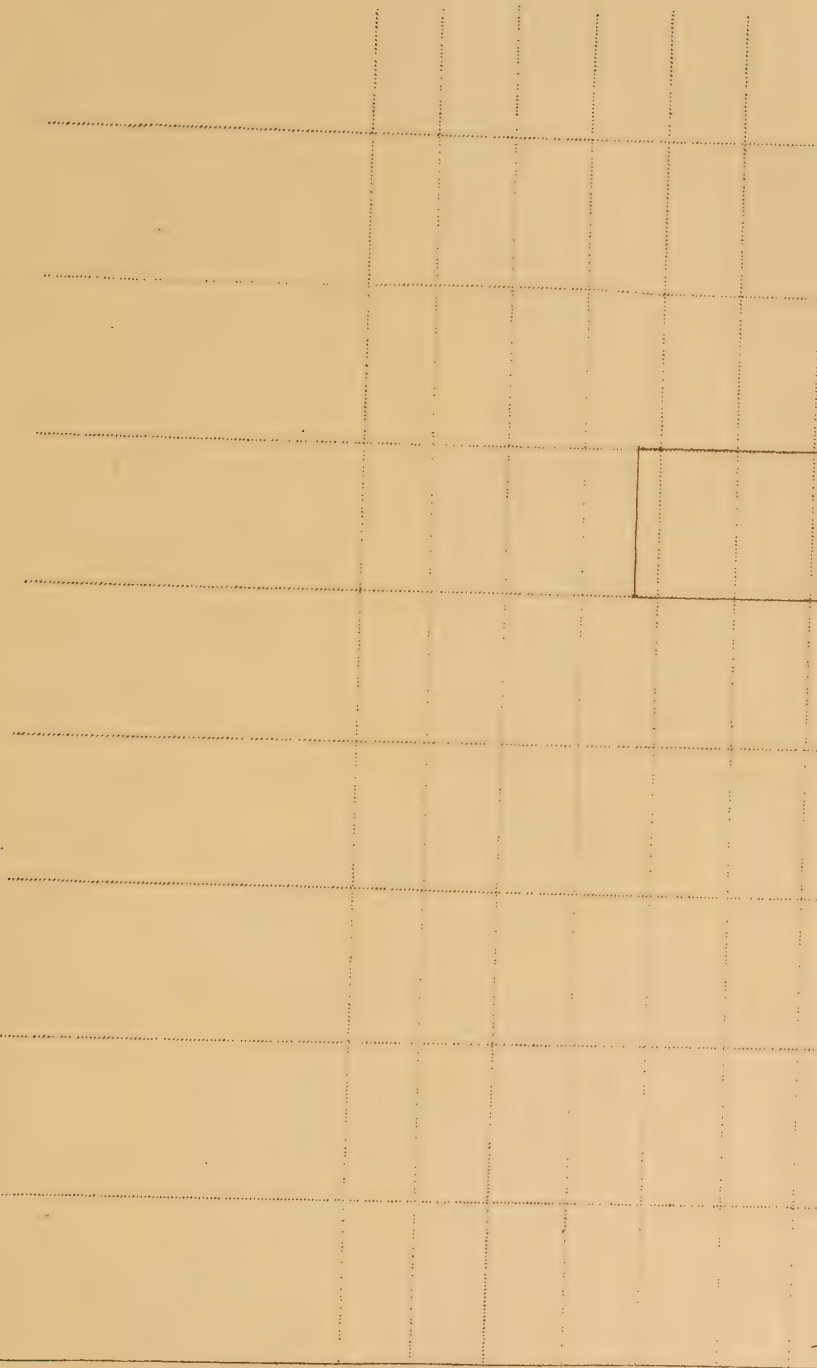
75

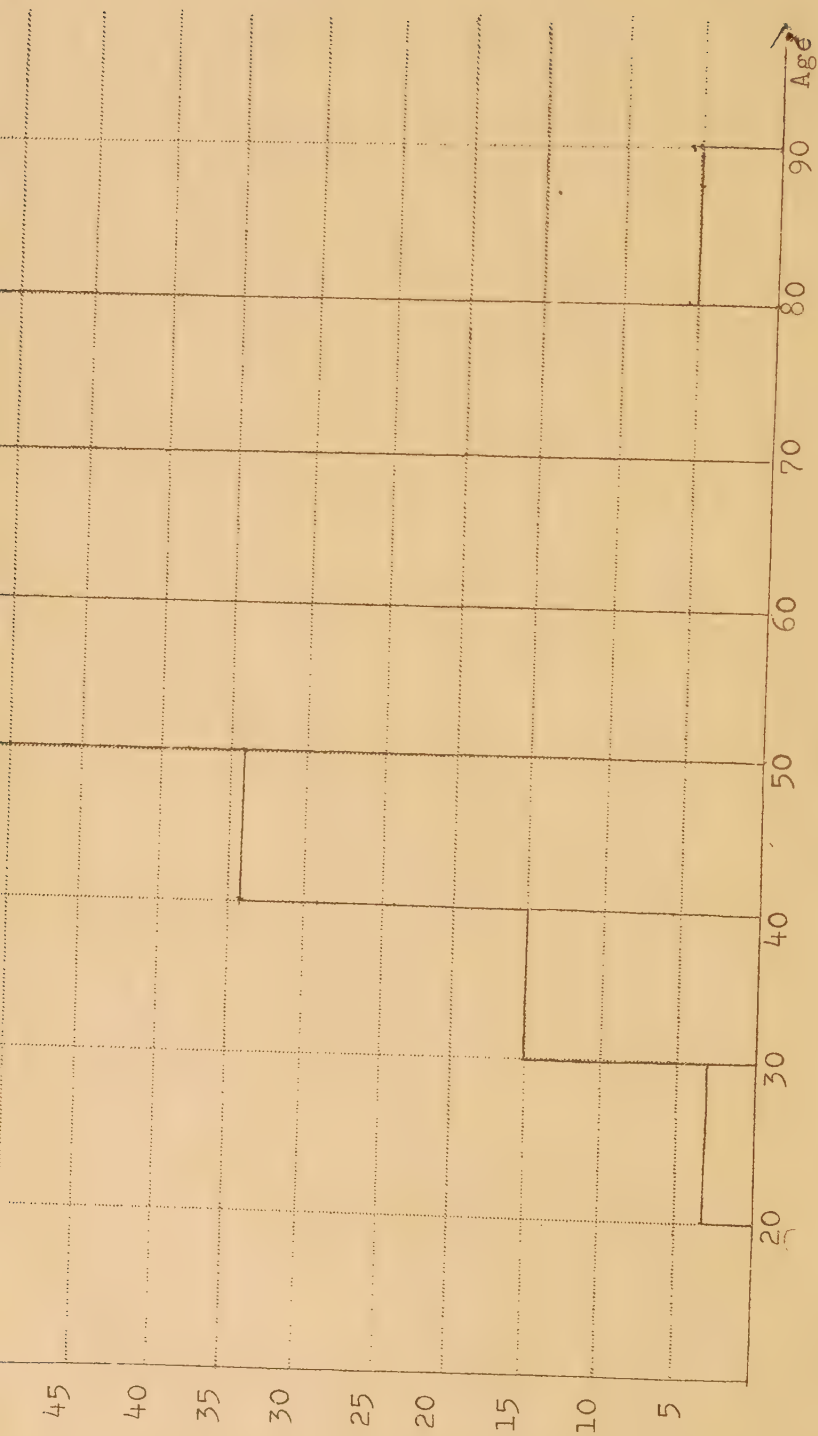
70

65

60

55





- Tableau n° 1 -

- Pourcentage par rapport au sexe -

	Total	Hommes	Femmes
Lèvre supérieure	21	71 % 15	29 % 6
Lèvre Inférieure	190	93 % 177	7 % 13
Commissure	14	100% 14	0

- Tableau n° 2 -

Un fait plus curieux est la survenue de 4 épithéliomas bronchiques, entre 2 et 7 ans après la première visite.

Cette coïncidence épithélioma bronchique et lèvre, peut peut-être se rapporter au fait qu'il s'agissait de fumeurs et que le même facteur peut avoir joué dans les deux cas.

- II -

ETUDE DE LA LESION LABIALE

-:-

Bien que le diagnostic soit souvent cliniquement facile, nous ne saurions trop insister sur l'importance d'une biopsie bien dirigée et suffisamment profonde, faite à la périphérie de la lésion, à cheval sur la zone envahie et la zone saine.

Ainsi qu'il a été précisé dans l'introduction, nous étudierons séparément :

- 1° Les malades neufs, c'est-à-dire
n'ayant reçu aucun traitement avant
d'être pris en charge par l'Institut Gustave
Roussy.
- 2° Les cancers de la lèvre purement cutanés
- 3° Les malades de seconde main.

A/- MALADES NEUFS - 188 cas -

- a) Classification des lésions selon l'extension tumorale.

Nous distinguerons :

- T1 : lésions de moins de 2 cm, limitées.
- T2 : lésions de plus de 2 cm, limitées.
- T3 : lésions de plus de 3 cm ½
- T4 : lésions très étendues avec envahissement
des organes voisins (gencives, face interne de joue, région mentonnière, narine)

T1 : 98 cas, soit 52 %
T2 : 61 cas, soit 32 %
T3 : 9 cas, soit 5 %
T4 : 20 cas, soit 11 %

b) Classification des lésions suivant l'extension tumorale et la localisation sur la lèvre inférieure ou supérieure.

- Lèvre supérieure : (8 %)

T1 : 7
T2 : 4
T3 : 0
T4 : 3

- Lèvre inférieure : (92 %)

T1 : 91
T2 : 58
T3 : 9
T4 : 16

c) Classification des lésions selon leur étendue et selon le sexe.

- Hommes : (92 %)

T1 : 92
T2 : 54
T3 : 9
T4 : 18

- Femmes : (8 %)

T1 : 6
T2 : 7
T3 : 0
T4 : 2

Ces différentes données sont résumées dans le tableau n° 3.

- Classification selon l'extension tumorale -

T	I	II	III	IV
Nombre total de cas	98	62	9	19
Pourcentage	52 %	33 %	5 %	10 %
Nombre de lèvres sup.	7	4	0	3
Nombre de lèvres inf.	91	58	9	16
Nombre d'hommes	92	54	9	18
Nombre de femmes	6	7	0	2

- Tableau n° 3

d) Etude du point de départ de la lésion labiale.

Nous suivrons la classification donnée par l'Institut National d'Hygiène.

A = Lèvre cutanéomuqueuse supérieure

8 cas : 2 hommes et 6 femmes.

B = Lèvre muqueuse supérieure

6 hommes

C = Lèvre Inférieure cutanéomuqueuse

145 cas : 138 hommes et 7 femmes

D = Lèvre Inférieure muqueuse

18 cas : 14 hommes et 4 femmes

K = Commissure

11 hommes

L'examen du tableau n° 4 nous montre que l'épithélioma des lèvres naît avec prédilection au niveau de la zone cutanéomuqueuse, sans distinction de sexe, aussi bien à la lèvre supérieure qu'à la lèvre inférieure (voir tableau 4).

e) Etude macroscopique de la lésion.

L'épithélioma des lèvres se présente sous trois formes cliniques classiques qui sont par ordre de fréquence :

1° la forme végétante.

2° l'exulcération superficielle

3° la forme infiltrante.

Les lésions infiltrées doivent retenir l'attention par leur mauvais pronostic.

- Classification selon le point de départ -

Point de départ	A	B	C	D	K
Nombre total	8	6	145	18	11
Hommes	2	6	138	14	11
Femmes	6	0	7	4	0

f) Etude de l'extension

L'importance d'une bonne appréciation de l'extension de la lésion n'échappe à personne. Une extension aux organes voisins s'est rencontrée dans 20 de nos cas.

- 14 fois vers la face interne de la joue.
- 4 fois vers le menton et les gencives.
- 2 fois vers les joues et les gencives.

Nous verrons par la suite le mauvais pronostic de ces lésions très étendues.

g) Histologie

L'étude microscopique des épithéliomas de la lèvre montre la fréquence des formes épidermoïdes ou spinocellulaires.

Nos 188 cas se classent ainsi :

- Epithélioma spinocellulaire : 150 soit 80 %
- Epithélioma basocellulaire : 4
- Epithélioma intermédiaire : 5
- Cyndrome : 1
- Epithélioma glandulaire : 2
- Epithélioma sur chéliste : 2
- Naevocarcinome : 1
- Papillome transformé : 5
- Douteux : 8
- Sans biopsie : 10

h) Localisation et Histologie.

La forme spinocellulaire prédomine au niveau de la lèvre inférieure où pour 174 cas nous trouvons 140 épithéliomas spinocellulaires soit 80 % des cas.

A la lèvre supérieure, pour 14 cas, nous trouvons 10 épithéliomas spino-cellulaires, soit 71 %.

Par contre, les formes non épidermoïdes prédominent à la lèvre supérieure.

i) Histologie et Sexe.

L'étude de l'histologie dans les deux sexes indique que la forme spinocellulaire prédomine chez l'homme.

Sur 173 hommes, 141 présentent un épithélioma épidermoïde, soit 82 %.

Alors que pour 15 femmes, on ne relève que 9 cas d'épithéliomas spino-cellulaires, soit environ 60 %.

Le tableau n° 5 résume ces données.

j) Traitement de la lésion labiale.

Plusieurs traitements sont à la disposition du radiothérapeute.

Le radium - soit sous forme de curiepuncture
- soit d'appareils moulés
- soit de télé-curiethérapie.

La Radiothérapie - soit de contact
- soit semi-pénétrante
- soit profonde.

Nos 188 cas ont été traités de la manière suivante :

- Curiepuncture : 174
- Contact-thérapie : 13
- Radiothérapie profonde : 1

Comme nous pouvons le voir, la majorité de nos malades ont été traités par curiepuncture et quelques uns par contact-thérapie.

Ces 2 méthodes seules retiendront notre attention.

- Histologie -

Histologie	Nbre total de cas	Pour-cen-tage	Lèvre sup.	Lèvre inf.	Hommes	Femmes
Spino.	150	80 %	10	140	173	9
Baso.	4	2 %	1	3	2	2
Inter.	5	3 %	1	4	3	2
Cylind	1		1	0	1	x
Gland.	2	1 %	1	1	2	x
Epi/chél.	2	1 %	0	2	2	x
Naevocarc.	1	1 %	0	1	1	x
Papillome transf.	5	3 %	0	5	3	2
Douteux	8	4 %	0	8	7	1
sans biopsie	10	5 %	0	x	x	x

1 - Technique de curiepuncture :

a- Mise en état de la cavité buccale.

Avant tout traitement par radium, le médecin doit exiger une mise en état des dents : extraction des chiçots, des dents cariées, détartrage, voire ablation des bonnes dents en face de la lésion et des prothèses, source de rayonnement secondaire.

Le stomatologiste confectionnera un appareil de protection éloignant le plus possible les foyers radifères du maxillaire inférieur.

Si la lésion est infectée, on se trouvera bien d'utiliser des antibiotiques durant le traitement.

b- Matériel utilisé pour la curiepuncture:

A l'Institut Gustave Roussy, nous utilisons des aiguilles chargées à 1 mg de radium, présentant 12 mm de longueur utile. Les aiguilles à 2 mg de radium sont de deux types, soit 15 mm ou 24 mm de longueur utile.

La filtration est de 0,5 mm de platine.

Il est exceptionnel d'utiliser des aiguilles plus chargées et plus longues (4 mg de radium).

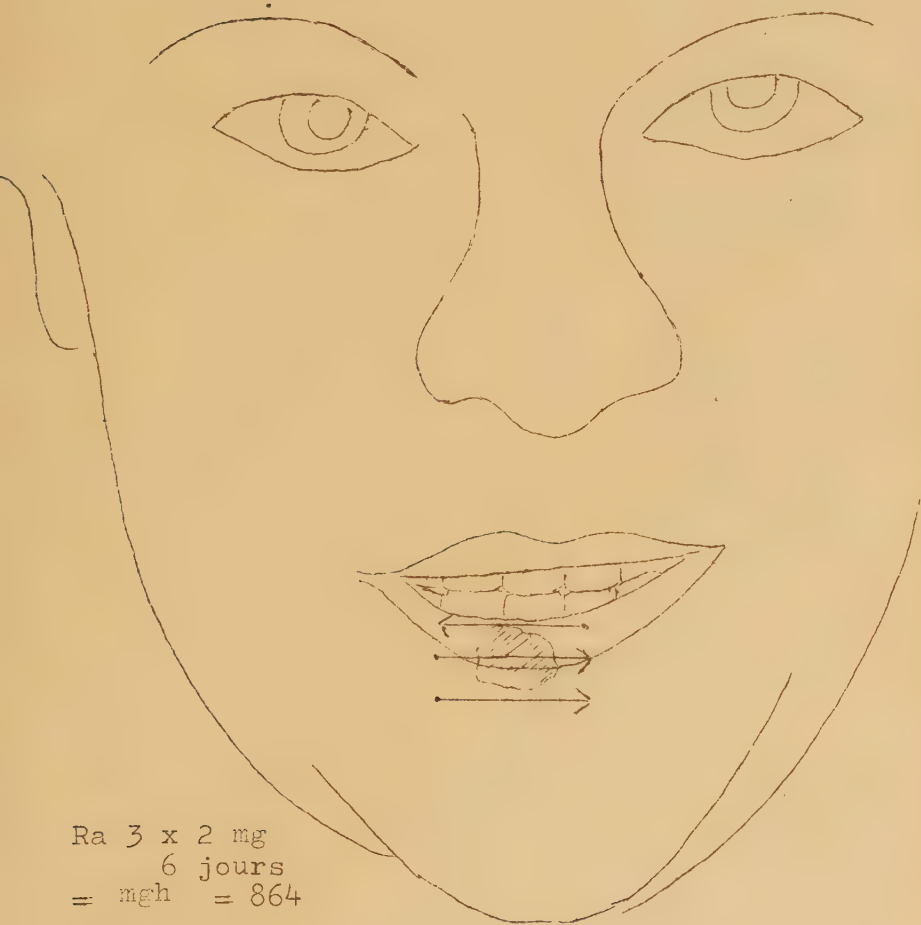
La puncture sera faite dans la plus grande asepsie sous anesthésie locale (xylocaïne à 1 %).

Les aiguilles sont en général plantées parallèlement à 8 - 10 mm les unes des autres et doivent dépasser les lésions perceptibles au toucher d'environ 1 cm de toute part.

Schéma de traitement d'une lésion petite

Mr X... T1 - Lèvre inférieure cutanéomuqueuse
Aiguillage en tête-bèche, sous anesthésie
locale, par 3 aiguilles de 2 mg de Radium.

Les aiguilles seront laissées en place 6
jours.



Ra 3 x 2 mg
6 jours
= mgh = 864

6,5 mcd

Dans la mesure du possible, les foyers seront disposés en tête-bêche de façon à pouvoir les solidariser 2 à 2 par leurs fils de soie.

On détruit en général 1 à 1,5 millicuries par centimètre cube de tissu en 5 à 7 jours.

2 - Technique de la Contact-thérapie

Cette méthode de traitement ne s'est adressée, comme il se doit, qu'à des lésions peu étendues, moins de 2 cm, superficielles et non infiltrantes. Elle a été utilisée à la suite des travaux de Chaoul en 1932.

Appareil Philips - 50 KW
Filtration de 2,7 mm d'Aluminium
Distance focus-peau de 2 cm.

Les doses totales variaient entre 4000 et 6000 r, donnés par dose de 1000 r une fois par semaine.

Nous ne parlerons pas de la radiothérapie profonde et de la télé-curiethérapie qui ne comprennent que 2 observations dans toute notre statistique.

k) Résultats sur la lésion labiale :

Nous avons à étudier :

- 1/ la cicatrisation
- 2/ les récurrences

1° Par contactthérapie :

- sur 13 cas traités, aucune récurrence locale n'est survenue dans les années suivantes soit 100 % de cicatrisation.

2° Par curiethérapie

- sur 174 cas traités, nous obtenons :
 - 160 cicatrisations soit 92 %
 - 14 récidives locales, 8 %, survenant de quelques mois à 7 ans après le traitement. Ces récidives semblent apparaître de préférence vers les 3 et 4èmes années.

1) Complications :

Vu l'extension de certaines lésions et les doses de radium utilisées, les complications sont moins fréquentes qu'on ne pouvait s'y attendre, ceci grâce à une mise en état soigneuse de la cavité buccale, à une bonne protection et à un traitement en deux temps pour les lésions étendues.

Nous avons relevé 4 nécroses : une nécrose tissulaire et trois nécroses osseuses.

- La nécrose tissulaire est survenue sur un épithélioma très étendu ayant nécessité 30 mcd. Le malade ayant refusé la chirurgie esthétique, cette nécrose a évolué 4 ans. Toutefois le malade demeure guéri 6 ans après le traitement.

- Parmi les 3 nécroses osseuses, toutes 3 sont des atteintes du maxillaire inférieur. Elles sont survenues sur des lésions très étendues, avec extension à la face muqueuse de la joue, ayant nécessité chez deux malades un aiguillage en deux temps.

La date d'apparition a été respectivement de 1, 2 et 4 ans après la puncture.

Dans un cas, la durée a été courte, le malade décédant quelques après d'une affection intercurrente. Un autre malade est mort après

une radionécrose évoluant durant 2 ans.

Chez notre dernier malade, la radionécrose a régressé en 1 an et le malade est suivi depuis 6 ans.

Ainsi les complications sont rares, aucune par contactthérapie, 4 par radiumpuncture.

Soit pour 188 cas : 2 %
(voir Tableau 6)

m) Etude des Résultats d'après différents facteurs :

I - D'après le mode de traitement :

A premier abord, les résultats sur la lésion labiale semblent supérieurs par la contactthérapie, en effet sur 13 cas, aucune récurrence, aucune complication : contre 92 % de cicatrisation par le radium.

Nous noterons que dans l'appréciation de ces résultats, il ne faut pas oublier que la contactthérapie est réservée à des lésions peu étendues, planes, non infiltrantes, alors que la curiepuncture s'est adressée à des lésions de tout stade, étendues, parfois volumineuses et souvent infiltrantes.

II - D'après la localisation à la lèvre supérieure ou à la lèvre inférieure (voir tableau 7).

La localisation semble peu influencer le pronostic :

Ainsi pour 14 lèvres supérieures, nous avons
13 cicatrisations soit 93 %
1 récurrence soit 7 %

- Résultats sur la lésion labiale -

Résultat	Mode de traitement	Curiepointure	Contact-thérapie
Nombre de cas traités		174	13
Cicatrisation		92 %	100 %
		160	13
Récidives locales		8 %	0
		14	
Complications		2 %	0
		4	

- Résultat local et Localisation -

Résultats Localisation	Cicatrisés	Récidives locales	Nécroses
Lèvre supérieure 14 cas	13 93 %	1 7 %	0 0 %
Lèvre inférieure 174 cas	129 90 %	15 10 %	4 2 %

Alors que pour 174 lèvres inférieures :
129 cicatrisations soit 90 %
15 récidives soit 10 %

Nous pouvons voir que la différence est peu importante.

III - D'après l'étendue des lésions :

Les chances de guérison sont en rapport direct avec les dimensions du cancer. Plus la lésion sera étendue, plus les chances de récidives et de complications augmenteront.

Si nous comparons les résultats :

- pour T1 sur 77 cas, nous trouvons 74 cicatrisations soit 95 % des cas, et 3 récidives ou complications, soit 4 %.
- pour T2 sur 59 cas, 52 cicatrisations soit 88 % et 7 récidives ou complications soit 12 %
- pour T3 et T4 sur 26 cas, 22 cicatrisations soit 85 %, et 4 récidives ou complications soit 15 %
(voir tableau 8)

IV - Résultats d'après le sexe :

L'étude séparée des résultats chez l'homme et chez la femme, nous montre que ces dernières sont plus sensibles au traitement que les hommes et ceci même en tenant compte de la répartition selon "T".

a) Ainsi parmi les hommes nous trouvons pour 173 cas :

T1 : 92 : 53 %
T2 : 54 : 31 %

- Résultats de l'extension tumorale -

Résultats	Total des cas	Cicatrisés	Récidives locales ou Complications
T1	77	74 95 %	3 4 %
T2	59	52 88 %	7 12 %
T3 et T4	26	22 85 %	4 15 %

T3 : 9 : 5 %
T4 : 18 : 11 %

b) Parmi les femmes pour 15 cas :

T1 : 6 : 40 %
T2 : 7 : 47 %
T3 : 0 : 0 %
T4 : 2 : 13 %

Nous voyons que la répartition selon "T" est sensiblement superposable dans les deux sexes, il en est tout autrement des résultats:

- a) Pour 15 femmes, 15 cicatrisation soit 100%, aucune récédive ni complications.
- b) Pour 173 hommes, 158 cicatrisations soit 91 %, et 15 récédives ou complications, 9% (voir tableau n° 9)

n) Etude et traitement des récédives locales.

Nous avons eu à déplorer 14 récédives locales, soit 8 % des cas traités.

Ces récédives surviennent de quelques mois à 7 ans après le traitement et ont toutes été contrôlées par une biopsie, qui chaque fois s'est révélée positive.

- 2 cas ont été traités par contact-thérapie à la dose totale de 9000 r et sont cicatrisés.

- 12 cas ont été repris par une puncture prudente donnant moins d'un mcd par cm³ de tissu distribué en 5 à 7 jours.

Dans tous ces cas, la cicatrisation a été obtenue en 5 à 6 semaines, et nous n'avons eu à déplorer aucun incident ostéo-nécrotique.

- Résultats et Sexe -

Sexe		Hommes	Femmes
Résultats			
Nombre total des cas		173	15
Répartition selon "T"	T1	92	6
	T2	54	7
	T3	9	0
	T4	18	2
Cicatrisés		158	15
		91 %	100 %
Récidives locales et complications		15	0
		9 %	0 %

Un seul cas qui était une lésion très étendue n'a jamais été cicatrisée. Sur une période de 4 ans il fut traité à trois reprises par curiepuncture à haute dose (plus de 15 Mcd) et finalement on dut faire une large plastie de la lèvre. Il n'est pas étonnant que dans ce cas une nécrose du maxillaire inférieur soit secondairement apparue.

D'ailleurs, cette plastie est suivie depuis plusieurs années, elle semble définitivement cicatrisée.

Nous voyons que le cancer des lèvres répond très bien à une seconde puncture, et que les ostéo-nécroses, dans ces cas, sont loin d'être aussi fréquentes que certains auteurs ne le laissent entendre.

Toutefois dans les lésions très étendues et récidivées, la chirurgie esthétique peut rendre de grands services en permettant une plastie large de la lèvre.

B/- CANCERS DE LA LEVRE PUREMENT CUTANES.

a) Classification selon l'extension tumorale.

	12 cas
T1	: 10 : 84 %
T2	: 1 : 8 %
T3	: 0 : 0 %
T4	: 1 : 8 %

b) Classification selon la localisation à la lèvre supérieure ou inférieure.

Nous trouvons 4 localisation à la lèvre supérieure soit 33 % des cas, pour 8 localisations à la lèvre inférieure soit 67 % des cas.

Ainsi répartis :

- Lèvres supérieures :

T1 - 3

T2 - 0

T3 - 0

T4 - 1

- Lèvres inférieures :

T1 - 8

T2 - T3 - T4 - 0

Nous voyons que ce type de cancer siège plus souvent au niveau de la lèvre supérieure que dans l'étude précédente, où nous ne trouvons que :

- 8 % de localisations à la lèvre supérieure
- et 92 % à la lèvre inférieure.

c) Classification des lésions selon leur étendue et selon le sexe.

Nous avons :

- Femmes - 1 cas - 8 % des cas
T1 - 1

- Hommes - 11 cas - 92 % des cas
T1 - 9
T2 - 1
T3 - 0
T4 - 1

d) Etude de l'extension :

Chez 11 malades le cancer était strictement limité à la lèvre. Un seul cas très étendu atteignait la gencive, la narine et la cloison nasale.

e) Histologie :

Sur 12 épithéliomas, nous trouvons :

- 11 spino-cellulaires et
- 1 cas suspect.

Ainsi quel que soit le siège ou le sexe, les formes différenciées prédominent.

f) Traitement de la lésion labiale :

I - Nous ne reparlerons pas des techniques de traitement, qui sont les mêmes que celles précédemment décrites.

II - Résultat sur la lésion labiale :

a- par Contact-thérapie

Les résultats sont excellents :

- 4 cas traités
- 4 cicatrisations à 7 ans
- soit 100 %.

b- par Radiumpuncture

- 8 malades
- 7 cicatrisations de plus de 7 ans
- soit 88 %
- 1 échec.

Ce malade est d'ailleurs mort rapidement de son cancer. C'était une lésion très étendue avec atteinte de la gencive et de la narine.

III - Complications

Nous n'avons eu à déplorer qu'une seule complication. Une nécrose légère du maxillaire inférieur, qui a duré 6 mois et est guérie actuellement, ce malade étant suivi depuis 6 ans.

-Cancers cutanés purs - Tableau n° 10 -

Nombre	Sexe	"T"	Histologie	Traitement	Cicatrisation	durée de la cicatrisation
1	M	I	Spino	Contact	+	7 ans
2	M	I	Spino	Ra.	+	7 ans
3	M	I	Spino	Contact	+	7 ans
4	M	I	Suspect	Contact	+	7 ans
5	M	I	Spino	Ra	+	9 ans
6	M	I	Spino	Ra	+	5 ans
7	M	I	Spino	Ra	+	5 ans
8	M	II	Spino	Ra	+	6 ans
9	M	IV	Spino	Ra	-	2 ans (mort)
10	M	I	Spino	Ra	+	5 ans
11	M	I	Spino	Contact	+	7 ans
12	F	I	Spino	Ra	+	5 ans

Par contre, aucune récurrence locale n'est survenue.

g) En conclusion :

Sur 12 malades, 11, soit 92 % sont cicatrisés et suivis depuis plus de 5 ans.

Quels que soient la localisation, le sexe, le traitement, une cicatrisation est le plus souvent obtenue, seule l'extension tumorale semble influencer le pronostic.

Il faut toutefois remarquer que le nombre d'observations est restreint.

(voir tableau 10)

C/- MALADES DE SECONDE MAIN.

a) Classification selon l'extension tumorale.

Nous relevons 25 cas ainsi répartis :

T1	-	15	-	60 %
T2	-	6	-	24 %
T3	-	0	-	0 %
T4	-	4	-	16 %

Nous pouvons voir que la répartition selon l'extension tumorale est très proche de celle des malades neufs.

b) Classification selon l'extension et la localisation, à la lèvre supérieure ou inférieure.

- Lèvre Supérieure :

3 cas soit 12 %

T1 - 1
T2 - 2
T3 et T4 - 0

- Lèvre inférieure :

22 cas soit 88 %

T1 - 14
T2 - 4
T3 - 0
T4 - 4

c) Classification selon l'étendue et le sexe.

- Femmes : 3 cas, soit 12 %

T1 - 2
T2 - 1
T3 et T4 - 0

- Hommes : 22 cas - 88 %

T1 - 13
T2 - 5
T3 - 0
T4 - 4

d) Etude du point de départ :

- A - 2 - un homme et une femme
- B - 1 - un homme
- C - 14 - 2 femmes - 12 hommes
- D - 3 - 3 hommes
- K - 3 - 3 hommes

e) Etude de l'extension :

Sur 25 cas, nous trouvons 4 cas étendus
soit 16 %,

- 3 vers la face muqueuse de la joue,
- 1 vers le menton, la gencive, avec atteinte
osseuse.

f) Histologie :

A l'examen microscopique, nous avons :

- 21 épithéliomas spino-cellulaires - 84 %
- 2 épithéliomas baso-cellulaires - 8 %
- 2 douteux - 8 %

g) Localisation et Histologie

- Lèvres Inférieures

- 20 épithéliomas différenciés.
sur 22 cas soit 91 % des cas.

- Lèvres Supérieures :

- 3 cas - 2 baso-cellulaires - 66 %
- 1 spino-cellulaire - 44 %

h) Histologie et sexe :

- 1/ Pour 3 femmes, nous avons 2 épithéliomas différenciés.
- 2/ Pour 22 hommes, 19 épithéliomas spino-cellulaires et 2 épithéliomas baso-cellulaires.

i) Traitement de la lésion labiale

I - Technique de traitement :

Le mode de traitement est le même que pour les cas précédents, toutefois les doses de radium sont plus faibles que pour un premier traitement.

II - Résultats sur la lésion labiale :

a- Par Contact-thérapie :

- 2 malades ont été ainsi traités et nous avons eu :

N°	Sexe	Lettre	"T"	Histologie	Traitement	Résultats	Survie	Complications	Traitement antérieur
1	M	C	II	Spino	Ra	-	9 ans	Récidive locale	Electrocoagulé
2	M	C	I	Spino	Contact	+	7 ans	Récidive locale	Contact- thérapie
3	M	C	I	Spino	Ra	+	5 ans		Chirurgie
4	M	C	IV	Spino	Ra	-	1 an	Nécrose du maxillaire	Thermocautère
5	M	O	I	Spino	Ra	-	7 ans	Récidive locale	Chirurgie
6	M	C	I	Spino	Ra	+	5 ans		Radium
7	M	B	II	Baso	Ra	+	6 ans	Récidive	Bistouri électrique
8	M	C	I	Spino	Ra	+	6 ans		Chirurgie
9	M	C	II	Spino	Ra	+	4 ans		Electro-coagulation
10	F	A	I	Spino	Ra	+	4 ans		Radio-thérapie

11	M	C	I	Spino	Ra	+	5 ans	Chirurgie
12	M	C	I	Spino	Ra	-	1 an	Radiothérapie
13	M	K	IV	Spino	Ra	-	1 an	Coagulation
14	M	A	II	Baso	Ra	+	9 ans	Coagulation
15	M	C	II	Spino	Ra	+	5 ans	Chirurgie
16	M	C	I	douteux	Ra	+	7 ans	Coagulation
17	M	C	I	Spino	Ra	+	5 ans	Chirurgie
18	M	K	IV	Spino	Ra	-	4 ans	Récidive loc. Nécrose Radiothérapie du maxill.
19	M	C	I	Spino	Ra	-	2 ans	Récidive loc. Coagulation
20	M	D	I	Spino	Contact	+	5 ans	Coagulation
21	F	C	II	Spino	Ra	-	3 ans	Récidive loc. Radiothérapie
22	M	C	I	Spino	Ra	+	4ans½	Chirurgie
23	F	C	I	douteux	Ra	+	4ans½	Radiothérapie
24	M	D	I	Spino	Ra	-	4 ans	Récidive loc. Coagulation
25	M	K	IV	Spino	Ra	-	2 ans	Chirurgie

1 cicatrisation - 50 %

1 récédive locale - 50 %

b- Par Radiumpuncture

- 23 malades

13 ont été cicatrisés soit 57 %

10 ont présenté une récédive locale ou des complications soit 43 %.

Il apparaît nettement que le pronostic est loin d'être aussi favorable que chez les malades neufs où les récédives et les complications n'étaient que de 12 %.

III - Etude des récédives et des complications :

Sur les 10 cas compliqués ou récédivés, le pronostic a été très mauvais, quelle que soit la thérapeutique mise en oeuvre .

En effet :

7 malades, soit 70 % sont morts dans les 3 ans,

3 soit 30 % , repris par le radium ont une survie de 6, 7 et 9 ans.

En conclusion, il apparaît clairement que les récédives survenant après un traitement insuffisant sont d'un pronostic péjoratif, le cancer semblant être ce que l'on a pris l'habitude d'appeler "vacciné".

Toutefois, dans quelques cas favorables, la radiumpuncture apportera une cicatrisation.

(voir tableau n° 11)

CONCLUSIONS

-:-

Dé l'étude de ces 225 observations, nous avons conclu que le traitement par curie-puncture de la lésion locale était une méthode particulièrement satisfaisante.

En faisant abstraction des épithéliomas de petit volume qui peuvent être traités soit par contact-thérapie, soit par exérèse chirurgicale, toutes les autres formes sont du domaine de la radumpuncture qui est une méthode commode et sûre.

En effet, la méthode est commode car elle concentre le traitement en six jours alors que le traitement radiothérapique demande à être étalé sur six semaines. Par ailleurs, les traitements chirurgicaux pour être efficaces, doivent être très délabrants et laissent des cicatrices souvent inesthétiques.

C'est une méthode sûre puisqu'on peut dire qu'elle guérit la lésion locale dans plus de 90 % des cas.

Il semble donc que le pronostic soit beaucoup plus fonction de l'envahissement ganglionnaire que de l'étendue même de la tumeur locale.

C'est pourquoi l'étude de ce retentissement ganglionnaire doit être reprise et fera l'objet d'un prochain travail en vue du diplôme d'Electro-Radiologie.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : J. DELARUE

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

-:-

NICOLOV (N)

Die Radiumbehandlung des Lippenkarzinoms
(La curiethérapie des cancers des Lèvres)
Strahlentherapie - Munich - Berlin -
oct. 1953 92 n° 2 p. 251-280

CONDE (J)

Sobre a tecnica da queiloplastia (Sur
la technique de chaleioplastie)
Arg. Patol. Lisbonne 1952 25 p. 79

SEROR et KEBLOUCHE

Cancer de la lèvre à évolution aiguë,
à poussée fulminante à la suite d'un
curage cervical intempestif
Bull. Alg. Carcinol. Alger 1953 6 n° 20
p. 421-423

ALO (R d')

Rendiconto clinico statistico del carci-
nomi della bocca e del faringe Nattati del
1928 al 1954 VII. Risultati della radio-
terapia nei carcinomi della labbia .247
casi
Radiologia (Med. Milan. Avril 1952 38 n° 4
p. 327 à 364

ROSSI (L) et PREVEDI (G)

Rassegna di 11 anni di trattamento del
cancro del labbie presso l'Instituto di
Radiologia dell'Universita di Parmi
Radiologia Med. Milan. nov. 1952 n° II
p. 1025 à 1066

ANDRADE (Mario)

O tratamento do carcinoma do labiopedo-
radio clinica Contemporanea Lisbonne
Fev. 1950 4 n° 2 p. 90 93

TURCOT (J)

Le cancer de la lèvre
Laval Médical Quebec oct. 1946 11 n° 8
p. 825-835

AUBRY et LEROUX-ROBERT

Présentation de malades atteints de can-
cers de la lèvre inférieure
Ann. d'Oto-Laryn. Paris oct-déc. 1945
n° 12 p. 513-514

GREINER (Kut) et SCHATTER (T)

Neure Mehrjährige Ergebnisse der Wahbe-
strahlung beim Haut und Lippenkarzinom
Strahlentherapie Berlin oct. 1943 73
n° 1 p. 570-590

BARBIER Maurice, DELARUE Jacques

Le curage ganglionnaire systématique
dans le traitement des adénopathies du
cancer des lèvres inférieures
Mém.Acad.Chir.Paris 24 Fév. 1943 69 n° 7 8
p. 101-106

DUCUING (J), NIEVRE

Fréquence de l'envahissement lymphatique
relevé par l'évidement sous-maxillaire
dans le cancer de la lèvre inférieure
(statistiques du centre anticancéreux de
Toulouse) (1929-1942)
Bull.Assoc.Franc. et du Cancer Paris 1943
31 n° 1 p. 11 -12

IMBERT (R)

A propos des cancers de la lèvre infé-
rieure
Mém.Acad.Chir. Paris 9 juin 1943 69 n° 17-
18-19 p. 321-322

DUBOIS-ROQUEVERT

Thèse Paris 1924

ENNUYER A.; ROUSSEAU J.

Paris Médical 1947 11 p. 121-128

SOLE Henri

Cancer de la lèvre

Thèse de Lyon 1930

TAILHEFER

Mémoire Ac. de Chirurgie 1936 62 p.
977-983

ALIBERT G.

Le cancer de la lèvre inférieure. Etude
statistique sur les observations du
Centre régional anti-cancéreux de
Toulouse

Albi. Imprimerie Reliure des Orphelins
Apprentis 1955

KEBBOUCHE Mohamed Larbi

Le cancer des lèvres au centre anticancé-
reux d'Alger (années 1951-52)
Thèse 1953

GARY BOBO J.

Les cancers des lèvres et leurs traite-
ments au centre Anticancéreux de Mont-
pellier de 1924 à 1950 (Etude de 434 cas)
Thèse de juin 1952

CHANINE A.

Opoukhoulî verkhnei i nîginei gouby po
materialam oncologitcheskovo institouta
Leningradé Za 10 Let YEGO raboty
(Les tumeurs des lèvres supérieures et
inférieures d'après les matériaux de l'
Institut d'Oncologie de Léninegrad durant
les dix années de son activité)
Vestnik Khirourgii Léninegrad 1939 57
n° 1 p. 43-62

CHIZZOLA G.

Considerazione sulla radiumterapia dell'
epitelioma del Labbro
Giorn.Med.Alto Adige Bolzano 1937
9 n° 3 p. 159

NEWELL Edwart T

Carcinoma of the lip. Clinical and patho-
logical study of three hundred and
ninety cases with report of five years
cures
(Cancer de la lèvre : Etude clinique et
anatomopathologique de 390 cas avec des
guérisons de 5 ans)
Arch.Surg.Chicago Juin 1939 38 n° 6 p.
1014-1029

ENGELSTAD

Radiologische Behandlung des Lippen-
karzinoma (Le Tt des K de la lèvre)
Strahlentherapie Berlin 1939 64 n° 4
p. 571-589

HORVATH Joseph

Die Röntgenbehandlung des Haut- und
Lippenkarzinoms
(Traitement des cancers de la peau et des
lèvres)
Strahlentherapie Berlin 27 juin 1939
65 n° 2 p. 216-236

HORMUTH Heinz GUNTLE

Die Bedeutung defekten Gebisses für die
Entstehung des Lippen. Zungen und
Wangenkarzinoms
(L'importance d'une denture déficiente
sur la genèse de l'épithélioma de la
lèvre, de la langue et de la peau)
Thèse Berlin 1937 50 pages

CHAOUH H., GREINER K. et OESER H.

Mehrjährige Ergebnisse der Röntgennahle-
strahlung beim Haut und Lippenkarzinom.

(résultats de plusieurs années de radio-
thérapie à très courte distance des can-
cers de la peau et des lèvres)
Strahlentherapie Berlin 13 octobre 1937
60 n° 2 p. 239-250

S. LABORDE ET P. TAILLARD

Les cancers de la cavité buccale

Nouveau Traité d'Electro-Radiologie

Masson et Cie Edit. 1951 Tome III p. 2033-
à 2074

SERMENT

--:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--:-

